

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N^o —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1908, à 1 heure

Par **H. JUBIEN**

Né à Luçon (Vendée), le 1^{er} août 1881

Diplômé de l'Institut de médecine coloniale de Paris

RÉTENTION D'URINE

PAR

COPROSTASE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
 } CLAUDE et CASTAIGNE, agrégés*



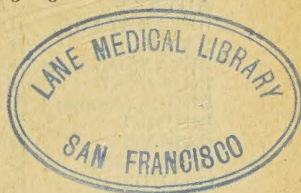
PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTES

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY,
Professeurs	MM
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	C ^{te} RICHET.
Physique médicale	GABRIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale.	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FRAN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE ET OBSERVATIONS

MM. les D^{rs} Hirtz et Beaufumé ont consacré récemment dans la *Gazette des hôpitaux*, un article (1) à l'étude de la rétention d'urine par coprostase. Ce syndrome, nous disent-il en substance, ne semble pas avoir attiré l'attention des cliniciens modernes. On ne trouve point en effet, dans la littérature médicale de nos jours, mention de la coprostase parmi les nombreuses causes de la rétention d'urine. M. le professeur Guyon lui-même, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, n'en parle point davantage dans le chapitre qu'il consacre aux rétentions d'urine extra-uréthrales de cause mécanique.

Par contre, il apparaît assez clairement que les auteurs anciens connaissaient le fait, puisque la rétention urinaire figure dans la plupart des vieux traités

1. - *Gazette des hôpitaux*. Jeudi 21 novembre 1907, n° 133.

et dictionnaires médicaux comme une des complications de la constipation chronique. Jourdan notamment, dans le *Dictionnaire en soixante volumes*, rappelle que Gooch l'a signalée dans les constipations opiniâtres et en rapporte un cas observé par Oliphant.

M. Hirtz ajoute encore que les contemporains tendent à rejeter une semblable étiologie. Cependant, l'observation clinique démontre que leur assertion est erronée : car l'accumulation énorme de matières fécales durcies dans le rectum agit par simple compression sur les parois de l'urèthre ou le col de vessie comme le fait un corps étranger ou un tamponnement.

Voici d'ailleurs les trois observations publiées par MM. Hirtz et Beaufumé dans la *Gazette des hôpitaux* du 21 novembre 1907.

La première se rapporte à un de leurs clients de la ville. La seconde a trait à une femme soignée par M. Oulmont qui leur a communiquée. La troisième concerne une femme enceinte : elle est empruntée au professeur Hergott de Nancy.

Observation I

Homme de 78 ans, de prostate moyenne n'ayant jamais nécessité de sondage non rétréci, lithiasique rénal, porteur d'un calcul vésical mobile, diagnostiqué depuis longtemps, mais qu'il n'a jamais voulu laisser enlever. Atteint de cons-

tipation depuis de longues années, mais allant néanmoins à peu près régulièrement chaque jour à la garde-robe.

Un matin, sans cause apparente, impossibilité absolue d'uriner, avec douleurs violentes dans le bas-ventre, irradiées à la région lombaire et dans le haut des cuisses. Un médecin voisin du malade est demandé aussitôt ; il constate un ventre très ballonné avec un globe vésical sus-pubien volumineux : il sonde immédiatement le malade avec une sonde molle ordinaire. La sonde pénètre très facilement jusque dans la cavité vésicale et ne montre aucun obstacle sur le trajet de l'urètre ni au niveau du col vésical : deux litres d'urine environ.

Le soir du même jour la rétention d'urine persiste. Deuxième cathétérisme : 800 centimètres cubes.

Le lendemain matin, troisième cathétérisme : 600 centimètres cubes.

M. Hirtz, médecin habituel du malade, est d'avis que le calcul vésical n'explique pas suffisamment cette rétention persistante car la sonde ne le rencontre pas. Il pratique le toucher rectal et trouve l'ampoule rectale remplie au maximum de matières dures comme de la pierre et qu'il est presque impossible d'entamer avec le bout du doigt. Le rectum et le côlon sont aussitôt vidés avec le doigt, la curette et des lavages. Il se produit ainsi une débâcle extraordinaire de matières fécales très dures qui remplissent un seau.

Le soir du même jour, quatrième cathétérisme : 500 grammes.

A partir de ce moment, les mictions redeviennent normales. Le professeur Guyon appelé en consultation a partagé en

tous points l'opinion de M. Hirtz : pour lui, le calcul vésical n'expliquait pas la rétention d'urine qu'il met également sur le compte de l'énorme coprostase.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, le malade toujours porteur de son calcul vésical a toujours eu des mictions régulières : la constipation a été traitée d'une façon très suivie et le malade est demeuré en bonne santé.

Observation II

Femme de 73 ans, ancienne hémorroïdaire et ancienne lithiasique rénale, en apparence très bien portante quoique atteinte de constipation depuis de nombreuses années, mais allant à la garde-robe tous les jours, soit à l'aide de lavements, soit surtout à l'aide de laxatifs et spécialement de tamarin.

Un jour, sans cause apparente, elle est prise assez subitement de douleurs dans le bas-ventre, en même temps que de besoin d'uriner impérieux mais avec impossibilité de la miction. M. Oulmont appelé dès le matin trouve une forte saillie globuleuse dans la région sus-pubienne simulant une grossesse arrivée au sixième mois. Il diagnostique facilement une rétention d'urine. Par le cathétérisme pratiqué immédiatement il s'écoule plus de 2 litres d'urine. Le malade ressent aussitôt un grand soulagement.

Pensant à une rétention par compression due à une tumeur latente jusqu'alors, M. Oulmont essaie de pratiquer après évacuation vésicale le toucher vaginal. Celui-ci est presque

impossible car les deux parois antérieure et postérieure du vagin sont fortement accolées l'une contre l'autre et le doigt est vite arrêté. Le toucher rectal révèle bientôt une énorme accumulation de matières fécales dans l'ampoule rectale.

Un chirurgien demandé pratique alors l'évacuation du rectum et de la partie terminale du côlon avec le doigt, la main et la curette en projetant de temps en temps un jet d'eau bouillie tiède pour ramollir et désagréger les scyballes. Cette évacuation donne plus de deux grands vases de nuit de matières fécales dont certaines ont une consistance pétreuse.

Le soir du même jour, la malade n'éprouve pas le besoin d'uriner : deuxième cathétérisme : 800 centimètres cubes.

Le lendemain matin, troisième cathétérisme évacuateur : 500 centimètres cubes.

A partir de ce moment les mictions redeviennent normales.

La plus grande attention a été portée depuis cet incident sur les fonctions de l'intestin; la constipation ne s'est jamais reproduite comme précédemment et aucune lésion organique ni abdominale n'a été constatée depuis plus d'un an. La santé de la malade est excellente actuellement.

Observation III (résumée).

A. HERCOTT. Société obstétricale de France, 8 avril 1899.

Femme de 37 ans, ayant eu ses dernières règles le 4 janvier. Bien portante jusqu'au 13 avril où elle éprouve la première fois de violentes douleurs dans le bas-ventre ; deux selles ce même jour. Le 16 avril, après une prise d'huile de

ricin, plusieurs selles abondantes. En même temps que les douleurs, besoins impérieux d'uriner et suivis à chaque fois seulement d'une petite quantité d'urine. L'abdomen est volumineux comme au terme de la gestation. Le médecin qui la voit adresse à M. Hergott *en vue d'une intervention opératoire* sans diagnostic ferme mais appréhendant une grossesse tubaire avec ses tristes conséquences si on laisse les choses en cet état.

La malade, examinée le 22 avril, présente une tumeur rénitente avec légère sensation de flot remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On procède immédiatement à l'évacuation vésicale lente : 4.430 centimètres cubes. Tumeur et douleurs disparaissent. On trouve alors une autre tumeur située légèrement à droite, correspondant bien au volume d'un utérus de trois mois, un peu au-dessus du rebord du bassin, c'est-à-dire sans incarceration d'un utérus gravide dans la cavité pelvienne. Donc la rétention d'urine a une autre cause.

Le toucher vaginal est difficile car le doigt est serré au niveau de l'orifice vulvaire et dans le vagin ; la paroi postérieure de celui-ci fait une forte saillie en avant, tendue, dure, arrondie et irrégulière. On prescrit alors et on donne successivement trois lavements purgatifs. Formidable débâcle dans la soirée qui se renouvelle pendant la nuit. La malade remplit huit vases de nuit.

Dans le cours de cette même journée, deuxième cathétérisme, car la vessie n'a pas retrouvé sa tonicité : 2.250 centimètres cubes.

Troisième cathétérisme dans le cours de la nuit : 1.700 centimètres cubes.

A partir de ce moment la miction se fait spontanément. De 3 heures du matin à 7 heures, la malade émet 1.750 centimètres cubes.

Le lendemain 23, femme transformée ne souffrant plus ventre normal et souple.

La guérison est dès lors complète.

Le 4 octobre, accouchement à terme.

En somme, l'utérus augmenté de volume par la grossesse avait comprimé le rectum et accentué mécaniquement la constipation. La partie inférieure du tube digestif s'encombrant de matières fécales a refoulé l'utérus en avant, et par ce fait la miction est devenue de plus en plus difficile jusqu'à une rétention énorme comme cela s'observe par un mécanisme analogue lorsque l'utérus gravide est en rétroflexion.

Postérieurement à l'article de MM. Hirtz et Beaufumé, M. le Dr Blondin (1) dont l'avis est que la rétention d'urine par coprostase ne doit pas être rare, a publié dans le *Médecin praticien* l'observation suivante, malheureusement un peu incomplète.

Observation IV

J'ai eu l'occasion d'observer récemment la rétention d'urine par coprostase chez une femme de 37 ans, qui, au milieu

1. *Journal du Médecin praticien*, 7 Janvier 1908.

d'une crise de constipation opiniâtre, dans le cours d'une entéro-colite muco-membraneuse tenace, présenta pendant deux jours de la rétention d'urine sans lésion vésicale apparente. Le fonctionnement de la vessie se rétablit du reste avec le fonctionnement de l'intestin et malgré la persistance pendant trois ou quatre jours d'un certain degré de parésie vésicale qui nécessita une fois seulement le cathétérisme ; tout rentra dans l'ordre après l'exonération de l'intestin et je ne constatai plus aucun trouble du côté du réservoir urinaire.

Les circonstances et l'amabilité de notre sympathique ami, le D^r Parrot, nous ont permis d'ajouter aux observations précédentes deux faits nouveaux. Ces faits nous montrent une rétention d'urine par une coprostase un peu spéciale. En effet, il s'agit d'Arabes habitant l'Algérie qui sont venus consulter le D^r Parrot dans son infirmerie indigène en lui disant qu'il leur était incapable de déféquer et d'uriner. Après examen et interrogation des malades le docteur apprit que ses consultants avaient ingéré des figues de Barbarie, fruits dont les Arabes sont très friands. Nous nous réserverons d'expliquer plus tard le mécanisme des symptômes et des troubles observés par nos patients. Dans ce chapitre, conformément au plan que nous nous sommes tracé, nous exposerons les deux observations dues à l'obligeance de M. le D^r L. Parrot.

Observation V

Hamed ben H. Snoussi, paludique chronique du douar Cheffia, âgé de 50 ans environ, se présente ce 26 août 1907 au matin à la consultation de l'infirmierie indigène de Morris (Constantine). Il se plaint de ne pouvoir aller à la selle depuis quatre jours, de ne pouvoir uriner depuis quarante-huit heures et accuse des douleurs spontanées au niveau de l'hypogastre et sur le trajet du côlon. Interrogé, il avoue avoir mangé il y a six jours un certain nombre de figes de Barbarie — à peu près vingt, dit-il.

Le ventre est ballonné : matité vésicale sus-pubienne remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic. Le cathétérisme est pratiqué sans difficulté avec une sonde molle n° 18. Il s'écoule près de deux litres d'urine.

Au toucher rectal, une masse dure, compacte, granuleuse à saillies multiples emplit l'ampoule. Le doigt ramène de nombreuses graines de figes de Barbarie.

Curage digital du rectum et lavages. Administration de 45 grammes d'huile de ricin.

Deux heures après cette intervention, le malade se déclare soulagé. Il a eu une miction spontanée. Le toucher rectal, pratiqué de nouveau ne révèle rien d'anormal du côté de la prostate. Le malade assure n'avoir jamais eu de blennorrhagie et n'avoir jamais éprouvé antérieurement de difficulté à uriner.

Il s'en retourne à cheval le soir à son douar distant de 0 kilomètres. Il n'a pas reparu à la consultation.

Observation VI

Kad... ben Lam..., 30 ans, sujet fort et vigoureux se présente à la consultation de Morris le 10 septembre 1907. Le malade se plaint de rétention fécale depuis trois jours et de rétention d'urine depuis trente-six heures environ. Interrogé sur la question des figues, il répond qu'en effet il a ingéré quelques jours auparavant trente figues de Barbarie.

Le toucher rectal pratiqué immédiatement montre que le rectum est rempli par une tumeur dure et irrégulière, et le doigt recourbé en crochet ramène à l'extérieur quelques fragments de la masse rectale qui, là encore, comme dans le cas de Ahmed ben Snoussi était formé de scyballes et de graines de figues.

Curage du rectum et lavages évacuateurs à l'eau physiologique à 7 pour 1.000. Le malade absorba ensuite 45 grammes d'huile de ricin.

La vessie examinée et délimitée à ce moment se révèle à la palpation par une matité hypogastrique assez étendue puisqu'elle remontait jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. L'Arabe accuse alors une forte envie d'uriner et dans le vase qui lui est apporté, il pisse à peu près un litre et demi d'urine.

Ce malade n'avait pas eu de blennorrhagie antérieure et le toucher rectal pratiqué de nouveau montre une prostate normale. Kad... ben Lam... se retire alors en disant qu'il éprouve une sensation de bien-être et que les douleurs qu'il ressentait dans les régions abdominale et lombaire sont disparues.

ETIOLOGIE ET MÉCANISME

Telles sont les seules observations que nos recherches nous ont permis de découvrir sur la question dans la littérature médicale moderne. Il en ressort, comme MM. Hirtz et Beaufumé l'ont démontré, que la constipation chronique peut amener des troubles rétentionnels du côté de la vessie. Il n'est pas dans notre esprit d'envisager ici toutes les causes de constipation et de rapprocher la rétention d'urine de chacune d'elles.

Cependant, comme deux de nos observations ont trait à un mode particulier d'obstruction rectale consécutifs à l'ingestion de figues de Barbarie, comme d'autre part il nous paraît que la rétention d'urine par coprostase doit être particulièrement fréquente, encore que non signalée, dans les milieux où croissent les figues de Barbarie, nous trouvons intéressant de

décrire en quelques mots ces fruits et la plante qui les produit.

Les figuiers de Barbarie (*opuntia ficus indicus*) phanérogames dicotylédones, dialypétales, ordre des cactoidés, famille des cactacés) croissent à l'état sauvage dans tout le Nord africain. On en peut voir des spécimens en miniature dans les serres des horticulteurs parisiens. Les Arabes d'Algérie et aussi les colons européens les plantent souvent par boutures sur les limites de leurs champs ou de leurs jardins potagers, ou encore de leurs parcs à bestiaux, autour desquels les figuiers forment en peu de temps des haies quasi-impénétrables à cause des piquants aigus longs de un à trois et même quatre centimètres dont ces arbustes sont hérissés. Leur architecture est bizarre, on pourrait dire contorsionnée. Ni tige ni feuilles à proprement parler, mais une ou plusieurs séries de « palettes » verdâtres riches en chlorophylle, épaisses de un demi à quatre centimètres et plus, ovalaires de contour, de longueur variable suivant leur âge (jusqu'à quarante centimètres), de largeur un peu moindre, poussées successivement bout à bout. En Algérie, les figuiers atteignent jusqu'à quatre mètres de hauteur en moyenne. Les palettes terminales produisent des fruits — un ou plusieurs par palette — connus sous le nom de « figues de Barbarie ». Ces fruits arrivent à maturité en juillet et août; ils constituent pour les Arabes pauvres une nourriture abondante et peu coû-

teuse. Ils sont comme le reste de l'arbuste couverts de petits bouquets d'épines disposées en quinconce mais plus courtes, plus fines, et plus caduques que celles des palettes. Cylindro-tronconiques de forme (ils rappellent assez bien un baril minuscule) ils ont, mûrs, cinq à sept centimètres de longueur sur trois et demi à quatre et demi de diamètre moyen. Verte d'abord, leur enveloppe externe jaunit, tend à rougir même, à mesure que leur maturité se fait plus complète. A l'intérieur de cette enveloppe qui se détache bien par une sorte de clivage, on trouve une masse jaunâtre à maturité, de consistance demi-molle, composée de très nombreuses petites graines, agglutinées par une pulpe de saveur douceâtre.

Cette masse nous intéresse seule et elle est comestible comme dans la figue de nos pays.

Les graines aplaties ou biconcaves de contour et de dimensions variables, en général arrondies, semi-lunaires ou réniformes, mesurent en moyenne quatre à cinq millimètres de longueur sur deux à trois millimètres de largeur. Leur surface est rugueuse, souvent granuleuse et semée d'aspérités. Si on en prend plusieurs entre le pouce et l'index, et que l'on essaie de les faire glisser les unes sur les autres, on éprouve à cela une certaine difficulté. C'est précisément l'accumulation de ces graines dans le rectum de l'homme après l'ingestion de nombreuses figes, qui produit fréquemment une obstruction intestinale, une cons-

tipation aiguë, sinon grave, du moins très désagréable. Elles forment dans le rectum par leur agglomération leur imbrication, et sous la poussée de la contraction intestinale, un véritable « bouchon » dur, que le doigt qui cure désagrège assez difficilement : d'où l'expression populaire « avoir le bouchon » par laquelle on désigne en Algérie cette rétention stercorale. Il est probable d'ailleurs que le tannin qui entre dans la composition de ces graines ajoute ses effets astringents à l'action obturante du « bouchon », et empêche l'exonération. L'obstruction cède assez souvent à un purgatif huileux, surtout lorsqu'elle est légère, mais souvent aussi la purgation échoue et le patient indigène réclame du médecin la « troumba », c'est-à-dire le lavement qui mettra un terme à ses souffrances. Il arrive qu'un curage digital du rectum est nécessaire pour lever l'obstacle.

Deux Arabes affligés de cette coprostase particulière ont présenté en même temps de la rétention d'urine : ce qui nous a permis de joindre leur observation à celles déjà signalées antérieurement.

La constipation habituelle ou accidentelle est donc à la base du syndrome qui fait l'objet de cette étude. Il nous faut maintenant essayer de nous rendre compte chez qui, pourquoi, et comment elle peut entraîner l'impossibilité d'uriner. Car, à n'en pas douter, le nombre des rétentionnistes par coprostase

demeure minime comparé au nombre des constipés, et cela nous oblige à nous efforcer d'élucider dans quelles conditions les constipés peuvent devenir des rétentionnistes.

Or, sur les six observations que nous rapportons, trois concernent des individus âgés, les trois autres des adultes. Mais sur ces trois adultes deux sont du sexe féminin. Il en résulte qu'à notre avis ce qui pourrait nous expliquer la rétention d'urine ne serait autre qu'une laxité particulière des tissus fréquente comme chacun sait chez les constipés chroniques et en particulier chez les femmes qui souffrent d'entérite muco-membraneuse (1) fréquente aussi chez les vieillards.

On sait que les diverses ptoses viscérales ainsi que l'a montré M. Glénard en 1885 (entéroptose, hépatoptose, néphroptose) (1) se présentent communément chez les constipés chroniques, que ces derniers souffrent souvent d'un état particulier d'asthénie, d'une « déchéance trophique innée ou acquise » sur laquelle M. Tuffier a naguère appelé l'attention, et que cela se traduit par un relâchement des divers tissus suspenseurs ou non. Il ne nous paraît donc pas étonnant que chez de tels individus, l'accumulation des matières fécales dans le rectum puisse atteindre un degré extrême, puisque les tuniques intestinales ont

1. L'entérite muco-membraneuse. TRÉMOLIÈRES.

perdu leur tonicité, et aussi parce que la présence habituelle de scyllabes dans le bout inférieur du tube digestif entraîne comme une anesthésie de la muqueuse troublant le mécanisme normal du réflexe de la défécation. Sans doute dans l'observation VI, il est question de l'homme jeune encore, fort et vigoureux et qu'on ne saurait considérer comme ayant des tuniques intestinales affaiblies, mais la cause de son obstruction rectale est si particulière qu'elle ne constitue point une contradiction à la thèse précédente.

Reste à savoir par quel mécanisme chez ces individus prédisposés par la dégénérescence générale de leurs tissus, l'accumulation extrême de matières fécales dans le rectum produit la rétention d'urine. Un point est d'abord acquis, c'est qu'il s'agit vraiment de rétention d'urine dans la vessie, puisque le cathétérisme vésical a toujours ramené une quantité notable, souvent même très abondante, de liquide. Donc, l'obstacle n'est pas au-dessus de la vessie ; il ne s'agit pas de rétention urétérique ou urétéropyélique : l'obstacle est au dessous de la vessie. Or, la présence d'un bol fécal énorme dans le rectum concomitante d'une rétention vraiment vésicale entraîne aussitôt cette conclusion : le bol fécal comprime le bout central de l'urèthre d'où l'impossibilité d'uriner. *Post hoc ergo propter hoc.* ~

Ainsi agissent un gros corps étranger du rectum, une prostate hypertrophiée et, chez la femme, un

utérus rétro-versé ou un tamponnement vaginal. Sans doute dans tous ces cas la portion prostatomembraneuse de l'urèthre se trouve prise entre deux plans résistants : l'un postérieur, anormal et pathologique (bouchon fécal, tamponnement, utérus rétro-dévié, etc.), l'autre antérieur, normal et anatomique qui est la symphyse pubienne doublée des tissus rétro-pubiens. D'après les observations faites par M. le professeur Testut (1) sur des cadavres congelés, l'intervalle qui sépare l'urèthre prostatomembraneux du bord inférieur de la symphyse pubienne est égal en moyenne à 18 millimètres. Cette distance peut s'abaisser jusqu'à 12 millimètres d'après le même auteur, et il n'y a rien d'impossible à ce que l'urèthre repoussé en avant s'aplatisse, s'étrangle sur le plan antérieur dont il est si rapproché. Il aurait été désirable par des recherches sur le cadavre de fixer d'une façon certaine le point où se fait la compression de l'urèthre. Nous ne l'avons pu, mais tout en nous réservant de le faire ultérieurement, les symptômes cliniques présentés par les malades et ce que nous savons de la physiologie de la miction nous permettent sinon d'affirmer, du moins d'avoir la conviction que cette compression se fait sur le segment prostatomembraneux de l'urèthre et non

1. TESTUT. *Traité d'anatomie humaine*, t. IV, p. 628
4^e édition.

ailleurs. MM. Hirtz et Beaufumé pensent que cette compression peut se faire sur le col de la vessie. Or, on sait que ce qui détermine chez l'homme cette sensation si spéciale qu'est le besoin d'uriner, c'est le passage de quelques gouttes d'urine dans l'origine de l'urèthre (1). Si donc la compression portait sur le col vésical ces premières gouttes ne pourraient passer et le besoin d'uriner ne se ferait pas sentir. Or, tous les malades dont les observations précédent, ont accusé « un impérieux besoin » de vider leur vessie. Il s'ensuit que l'obstacle siègeait au-dessous du col vésical. Quoi qu'il en soit, il demeure certain que la rétention d'urine par coprostase est une rétention de cause mécanique, purement mécanique, extra-génitale.

Les malades n'ont accusé aucune affection antérieure soit urétrale, soit vésicale ; le cathétérisme n'a point révélé de rétrécissements et le toucher rectal a montré l'absence d'hypertrophie prostatique. La constipation habituelle ou accidentelle reste seule à l'origine de cette rétention, et ce qui prouve que seule elle est vraiment la cause efficiente, c'est qu'il suffit de la faire disparaître pour que disparaissent sans retour, plus ou moins rapidement il est vrai, les troubles de la miction.

1. M. ARTHUS, *Éléments de physiologie*, 2^e édition, p. 321.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En présence d'un malade atteint de constipation chronique, qui, brusquement est pris de rétention d'urine, le clinicien ne saurait hésiter à faire le diagnostic de rétention d'urine par coprostase. La facilité du cathétérisme évacuateur, le toucher rectal révélant l'accumulation de matières fécales dans l'ampoule rectale, et l'obstacle étant levé, le retour rapide à la miction normale lui fourniront de nouveaux arguments en faveur de ce diagnostic. Chez la femme, le toucher vaginal l'aidera à ne pas confondre ce syndrome avec celui qu'entraîne la rétroversion de l'utérus gravide. Chez l'homme le toucher rectal montrant un volume anormal de la prostate, l'étude des anamnestiques (fréquence nocturne des

mictions, dysurie progressive, diminution de la portée du jet, etc.) feront penser à une hypertrophie de cet organe. Les aveux du malade, la rectite, le toucher rectal surtout, mettront sur la voie des corps étrangers du rectum dont l'introduction est suivie parfois de troubles génitaux-urinaires.

Le toucher rectal encore joint chez la femme au toucher vaginal, l'œdème des membres inférieurs et du périnée par compression des vaisseaux iliaques ou pelviens, les douleurs provoquées par les lésions irritatives des nerfs lombaires ou sacrés prouvent l'existence d'une tumeur pelvienne entraînant la rétention d'urine et des matières fécales.

Quant aux coprolithes, aux concrétions développées autour d'un calcul biliaire par exemple, ils s'accompagnent rarement de rétention d'urine.

De même, les corps étrangers de l'urèthre, les calculs de l'urèthre sur lesquels d'ailleurs se heurte le cathéter.

Enfin, dans le cas de troubles sphinctériens par lésions médullaires, l'examen de la sensibilité, de la motricité, des réflexes, la recherche des antécédents spécifiques ou autres, écarteront presque d'emblée la possibilité d'une rétention d'urine par coprostase.

En somme, la rétention d'urine sera rapportée à la coprostase, toutes les fois que, en l'absence de signes ou de symptômes d'une lésion organique, le

toucher rectal ayant révélé une accumulation anormale de matières fécales, cette rétention disparaîtra après l'évacuation du rectum.

Quant au pronostic, il est par cela même essentiellement bénin.

TRAITEMENT

Il découle de ce qui précède que le traitement de l'affection qui fait l'objet de cette thèse est simple.

Curatif, il consistera à évacuer le rectum soit par un curage digital, soit dans des lavements ou dans de grands lavages. Il y faut joindre le cathétérisme aseptique de la vessie. Si par hasard la vessie trop distendue ne recouvrait pas rapidement sa tonicité normale, on recommencerait le cathétérisme aussi souvent qu'il serait indiqué. Dans tous les cas, cette récupération de la fonction ne saurait se faire attendre bien longtemps puisque *sublata causa, tollitur effectus*.

Préventif, il consistera dans le traitement ordinaire de la constipation chronique, par un régime approprié ou des laxatifs fréquents, et, pour les Arabes, on leur donnera le conseil de se montrer plus sobres dans l'ingestion des figes de Barbarie.

CONCLUSIONS

1° Il existe une rétention d'urine due exclusivement à l'accumulation énorme de matières fécales dans le rectum survenant « soit lentement, soit brusquement sans cause occasionnelle apparente ». MM. Hirtz et Beaufumé l'ont appelée rétention d'urine par coprostase.

2° Elle paraît être l'apanage des gens âgés et des femmes atteintes de constipation habituelle, avec ou sans entérite muco-membraneuse, aux tissus lâches et facilement extensibles. Les Arabes d'Algérie qui ingèrent en trop grande abondance des figues de Barbarie y semblent prédisposés.

3° Elle a pour mécanisme la compression du segment prostatico-membraneux de l'urèthre sur la face

postérieure et le bord inférieur de la symphyse pubienne.

4° Elle disparaît après l'évacuation du rectum, soit immédiatement, soit dans les deux ou trois jours qui suivent.

Vu : le Président de la thèse
DEBOVE

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Gazette des hôpitaux. — Rétention d'urine par coprostase,
par MM. HIRTZ et BEAUFUMÉ, 21 novembre 1907.

Journal du médecin praticien. — Article sur la rétention
d'urine par coprostase, par M. BLONDIN, 7 janvier
1908.

